





Recommandations d'Utilisation des Anti-TNF α au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde

Actualisation 2007

 		
Force D Niv. 1b / 4	1 - Diagnostic de la PR	PR certaine - répondant aux critères de l'ACR 1987, - diagnostiquée par un médecin spécialiste ayant une expertise dans la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde
↓		
Force D Niveau 1b	2 – Activité inflammatoire et sévérité structurale de la PR	PR active ou évolutive sur le plan structural : - Activité inflammatoire , persistante depuis au moins 1 mois, définie par : . DAS28 > 5,1 ou DAS28 \geq 3,2 avec une corticodépendance ET . Signes objectifs d'inflammation cliniques (synovites) ou biologiques (VS, CRP) - Evolutivité structurale , définie par l'apparition et/ou l'aggravation des lésions sur 2 examens radiographiques successifs
↓		
Force D Niveau 1b / 4	3 - Traitements antérieurs de la PR	PR en échec du MTX, pris pendant au moins 3 mois à dose optimale tolérée (0,3 mg/kg/sem sans dépasser 25 mg/semaine) En cas d'intolérance ou de contre indication au MTX, échec à un autre traitement de fond ayant une efficacité structurale (léflunomide ou sulfasalazine), maintenu(s) pendant au moins 3 mois à dose optimale tolérée (léflunomide 20 mg/j – sulfasalazine 40 mg/kg/j) Exceptionnellement, PR vierge de traitement de fond ayant une atteinte structurale précoce et sévère
↓		
Force D Niveau 3 / 4	4 – Situations ou comorbidités à rechercher	Contre-indications absolues : . Infections actives, aiguës ou chroniques , qu'elles soient bactériennes, virales, fongiques ou parasitaires (en particulier tuberculose, VIH et infection chronique par le VHB). . Néoplasie ou hémopathie , de moins de 5 ans, à potentiel évolutif. . Insuffisance cardiaque classe III et IV (NYHA) . . Maladie démyélinisante . . Grossesse ou allaitement . Contre-indication relative, justifiant le cas échéant un avis spécialisé, par ex. : . Situations à risque sur le plan infectieux , telles que : - Ulcère cutané - Infection chronique - Tuberculose latente non traitée - Sepsis sur prothèse dans les 12 derniers mois - Cathétérisme urinaire à demeure - Diabète non contrôlé, BPCO . Cancers de plus de 5 ans, traités et considérés comme guéris . Lésions précancéreuses , telles que: polypes coliques ou vésicaux, dysplasie du col de l'utérus, myélodysplasie.



Recommandations d'Utilisation des Anti-TNF α au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde

Actualisation 2007

 		
Force D Niveau 3 / 4	1 – Bilan pré-thérapeutique	<p><u>Examens complémentaires à demander</u></p> <ul style="list-style-type: none"> . Hémogramme . Electrophorèse des protides sériques . Transaminases . Sérologie des hépatites B et C ; sérologie VIH (après accord patient) . Ac anti-nucléaires ; si significativement positifs, Ac anti-ADN natifs . Radiographie de thorax . Intradermoréaction à la tuberculine (5 Unités) . Contrôle et mise à jour des vaccinations : vaccin anti-grippale et anti-pneumococcique chez les sujets à risque . En fonction de la clinique, la recherche d'une infection urinaire, sinusienne ou dentaire peut être justifiée
↓		
Force C Niveau 3	2 – Choix de la molécule	<p><u>Il n'y a pas de hiérarchie des molécules fondée sur l'efficacité.</u></p> <p>Le choix se fera, dans le cadre d'une décision partagée avec le patient, sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les données de tolérance disponibles. Le risque d'infection sévère apparaît similaire avec les 3 molécules à doses usuelles ; cependant, le risque de tuberculose semble plus important avec l'infliximab et l'adalimumab qu'avec l'éta nercept. - les caractéristiques du patient
↓		
Force D Niveau 1b / 4	3 – Traitement associé	<p><u>L'association au méthotrexate est généralement recommandée, quel que soit l'anti-TNFα.</u></p> <p>En cas d'impossibilité d'utilisation du MTX,</p> <ul style="list-style-type: none"> - il est recommandé de recourir à un autre traitement de fond en association avec l'infliximab, - il est possible de recourir à une monothérapie ou d'utiliser un autre traitement de fond avec l'adalimumab et l'éta nercept.
↓		
Force D Niveau 3 / 4	4 – Surveillance	<p><u>Le suivi des patients doit comprendre :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cliniquement : le recueil des éléments nécessaires au calcul du DAS28. la recherche d'effets indésirables du traitement anti-TNF - Biologiquement : une VS, une CRP, un hémogramme, des transaminases, les paramètres de surveillance du traitement conventionnel associé. - Radiologiquement : des radios des mains et poignets de F, des radios des pieds de F, des radios des articulations symptomatiques. <p>La surveillance clinique et biologique se fera :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infliximab : lors des perfusions - Etanercept, adalimumab : à 1 mois, 3 mois, puis tous les 3 mois <p>La surveillance radiographique sera annuelle, voire plus espacée si la PR est ancienne.</p>

Recommandations d'Utilisation des Anti-TNF α au cours de la Polyarthrite Rhumatoïde

Actualisation 2007

		III – ADAPTATION	
Force B Niveau 1b	1 – Objectif thérapeutique	<p>L'objectif thérapeutique est la Réponse EULAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - DAS 28 < 3,2 Ou - DAS 28 < 5,1 et une baisse d'au moins 1,2 point du DAS28 <p>En cas de non réponse EULAR à 12 semaines, il est recommandé de modifier la stratégie thérapeutique</p> <p>Une progression de l'atteinte structurale (érosions et/ou pincements) et une corticodépendance persistante doivent également faire envisager une modification de la stratégie thérapeutique.</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	
Force D Niveau 1 / 3 / 4	2 – En cas de non réponse	<p>1 – Si l'anti-TNFα est utilisé en association, une modification de la fréquence d'injection (toutes les 6 à 8 semaines) ou de la posologie (3 à 5 mg/kg) est possible pour l'infliximab.</p> <p>2 - Si l'anti-TNFα est utilisé en monothérapie, il est conseillé de réintroduire un traitement de fond conventionnel, en privilégiant le MTX à dose optimale, même en cas d'échec préalable.</p> <p>3 - Le remplacement d'un anti-TNFα par un deuxième anti-TNFα est recommandé.</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	
Force D Niv. 3 / 4	3 – En cas d'intolérance	<p>La reprise ou le changement d'anti-TNFα doit être discuté en fonction de la nature de l'effet indésirable.</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	
Force C Niveau 1 / 3-4	4 – En cas de rémission	<p>En cas de rémission clinique et biologique, il est recommandé d'envisager une réduction, voire un arrêt, du traitement AINS et de la corticothérapie.</p> <p>En cas de rémission prolongée, il est possible d'envisager une réduction de l'anti-TNFα ou du traitement de fond conventionnel associé (méthotrexate ou autre).</p>	